

Koncepció az intézeten kívüli szülés jogi szabályozásához

Az Alternatal Alapítvány, az Orvosok a Szabad és Biztonságos Szülésért, a Születésház Egyesület, a Szülők a Szabad Szülésért és a Társaság a Szabadságjogokért közös véleménye

Az intézményen kívüli szülés szabályozatlansága több mint 20 éve korlátozza a nők alkotmányos jogát az önrendelkezéshez és teszi ki a legkülönbébb támadásoknak a bábai modellt alkalmazó szakembereket és a nehézségek ellenére azt választó családokat. Az utóbbi két évtizedben több kezdeményezés is történt a kérdés jogszabályi rendezésére, azonban az egyeztetések rendre kudarcba fulladtak. A rendezést a Magyarországra nézve kötelező, az Európai Parlament és a Tanács 2005/35/EK irányelve is elkerülhetetlenné teszi, mely a tagállamok számára előírja a szülésznői tevékenység szabad gyakorlásának lehetővé tételét annak helyétől függetlenül. A direktíva a szülésznői tevékenység köré sorolja többek közt a spontán szülés levezetését, beleértve szükség szerint a gátmetszést igénylő eseteket, sürgős esetben pedig a farfekvéses születeket. **Álláspontunk szerint a szabályozásnak nem szabad kimerülnie az intézeten kívüli szülés jogszabályi feltételeinek megteremtésében – hanem annak alapvetően a kórházon belül és azon kívül dolgozó szülésznők önálló, az irányelven alapuló kompetenciáira, feladataira és felelősségi viszonyaira vonatkozó szabályokat kell megfogalmaznia.** Ezen felül számos jogszabály módosítása szükséges ahhoz, hogy az intézeten kívüli szülés választása valóban egyenlő választást jelentsen a kórházban történő szülés választásával: így például a terhesgondozás és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló jogszabályok. Mindennek feltétele az irányelv átültetése, az önálló szülésznői szakma elismerése szakmakóddal is - ez elengedhetetlen követelmény ahhoz is, hogy e szakemberek kompetenciái más egészségügyi szakmákéhoz hasonló módon elismerésre kerüljenek. Tekintettel arra, hogy a tagállamokra nézve kötelező EU-s direktíva a szülésznő fogalmat használja, ami megegyezik az általunk használt baba fogalommal, a jövőben egységesen a szülésznő fogalmat használjuk. Azonban ebben a koncepcióban még a szülésznő fogalmat használjuk a jelenlegi szabályozás szerinti, kórházban dolgozó szülésznők megjelölésére, míg bábát az irányelv szerinti kompetenciákkal bíró szakemberekre.

A szabályozásról általánosságban elmondható, hogy véleményünk szerint többszintű megoldás indokolt: Kormányrendeletben csak a legszükségesebb kérdések kerüljenek rendezésre, a részletfeltételekről és szabályokról elegendő, ha az egészségügyért felelős miniszter rendelete szól, míg a szigorúan szakmai kérdéseket szakmai protokollokban kell rendezni.

Jelen koncepcióban szeretnénk bemutatni az egyeztetések során lezárt és nyitva maradt pontokat, illetve javaslatot teszünk azok rendezésére.

A koncepciót jegyző szervezetek álláspontja szerint a több mint 20 évnyi alkotmányos mulasztás és bizonytalanság után az önrendelkezéshez való alapvető jogot és a magzat érdekeit sértő, az állami feladatot ellátó szakemberek szankcionálásán alapuló jelenlegi gyakorlatot fel kell váltania a szülő nő és magzata érdekeit és jogait tiszteletben tartó szabályozásnak és gyakorlatnak.

Alapvető jelentőségűnek tartjuk, hogy a szabályozás ténylegesen egyenlő esélyeket biztosítson a szülés különböző lehetőségei közötti választás során – ezt

írják elő az Alkotmány és az egészségügyi törvény hátrányos megkülönböztetést tilalmazó szakaszai is. A jogi háttér megalkotásakor a magzat érdekeinek szem előtt tartásával a lehető legszélesebb és szakmailag indokolt körben kell a családok számára megteremteni a választás lehetőségét. Ezen túlmenően az egyenlő bánásmódnak nem csak a tervezett intézeten kívüli szülést választó nő esetleges kórházba szállítása esetén kell teljes körűen érvényesülnie, de mindemellett az intézeten kívüli szülés finansziális kérdéseinek, szakmai feltételeinek és lehetőségeinek megteremtésében is.

Az intézeten kívüli szülés a szülés bábai modelljéhez köthető, amely alapjaiban tér el annak orvosi megközelítésétől. A bábai modell a szülést olyan természetes folyamatnak tekinti, amelynek megzavarása önmagában komplikációkat és ennek következtében beavatkozásokat von maga után, s így nem ritkán a fájdalmat is növeli. A bábai modellt az Egészségügyi Világszervezet és a nyugati, fejlett országok többsége is a kórházi modellel egyenértékűnek fogadja el – e szemlélet átültetését tartjuk kívánatosnak a hazai viszonyokra alkalmazva. A két modell között természetesen van átjárás: amennyiben a komplikációmentesnek induló és bábai szemlélettel kísért szülés során lép fel komplikáció, a szülés a kórházi modell szerint, kórházi körülmények között fejeződik be. Ennek feltételeiről szólnak a 2. pont *A helyszínnel szembeni elvárásokról* és *A felelős személyekről és képzésükről* szóló pontjaiban.

1. Az egyeztetések menete

Az egyeztetések az Egészségügyi Minisztériummal 2008 novemberében indultak újra, miután a Horváth Ágnes minisztersége alatt megszületett rendelet-tervezetekből (1, 2) nem született sem jogszabály-módosítás, sem jogszabály. Az egyeztetéseken jelen voltak a szakma képviselői és civil szervezetek is, így a munkacsoportok munkájában részt vettek az érintett szakmai kollégiumok, hatóságok és állami szervezetek képviselői, az intézményen kívüli szülés szakembereit tömörítő szervezetek és a szabályozás mellett elkötelezett civil szervezetek. A három munkacsoportban zajló munka és a kidolgozott és részletes álláspontok, javaslatok ellenére lényegében annyit sikerült elérni, hogy 2010. január 1-jei hatállyal a Kormányt az intézeten kívüli szülés szabályairól szóló rendelet megalkotására felhatalmazó rendelkezés került az egészségügyi törvénybe (az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés v) pontja). Közvetlenül a választásokat megelőzően, áprilisban újabb egyeztetésre hívta a minisztérium a szakmai kollégiumok képviselőit, valamint a Társaság a Szabadságjogokért civil szervezetet. E megbeszélésen egy, a főosztályvezetői értekezlet által meg nem tárgyalt rendeletszöveget vitattak meg a résztvevők – azonban ennek sorsáról nem érkezett további értesítés.

2. Megegyezéssel lezárt kérdések

a. A szabályozás szükségességéről

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumnak a 2008-ban előterjesztett állásfoglalása már osztja a civil szervezetek, az intézeten kívüli szülés szakembereinek két évtizede hangoztatott véleményét a szabályozás szükségességéről. Ezt erősítik meg az állampolgári jogok országgyűlési biztosa által

a 4570/2007. számú [állásfoglalásban](#) foglaltak. A biztos a szabályozás sürgető szükségességéről szóló álláspontját erősítette meg a 2010. október 14-én kiadott [közleményében](#), sürgetőnek nevezve a jogi és szakmai rendezést.

b. A szabályozás mikéntjéről

Az egyeztetéseken résztvevők számára elfogadható volt az a megoldás, amely szerint az egészségügyi törvényben szereplő felhatalmazó rendelkezés nyomán a Kormány rendeletet alkot az intézeten kívüli szülés szabályairól. E rendeletet további jogszabály-módosításoknak kell kísérniük annak érdekében, hogy az intézeten kívüli szüléshez kapcsolódó valamennyi pont jogilag tisztázódjon. Azonban álláspontunk szerint szűk azoknak a kérdéseknek a köre, amelyeket kormányrendeletbe szükséges foglalni, a részletszabályokat az egészségügyért felelős miniszter rendeletében, illetve a szakmai kérdéseket szakmai protokollokban indokolt rendezni.

Az intézeten kívüli szüléshez kapcsolódó részletes, szakmai szabályokat protokoll formájában szükséges megalkotni. Az egészségügyi szakmákhoz kapcsolódó eljárásokat, ezek végrehajtását, a kontraindikációkat stb. szakmai protokollok rendezik. Az intézeten kívüli szülés esetében is csak a legszükségesebb szabályokat szükséges jogszabályban rendezni, hiszen ezek java része nem jogalkotási, hanem szakmai kérdés. Így a protokollok felülvizsgálata, az újításoknak és a kutatások eredményeinek beépítése ezekbe a szakma feladata. A folyamatos felülvizsgálat és így a korszerű és biztonságos ellátás követelménye gördülékenyebben biztosítható, ha az nem a jogszabályok állandó módosításának függvénye.

c. A várandós önrendelkezési joga gyakorlásáról

A várandós nőnek joga van ahhoz, hogy a szüléssel kapcsolatban minden információt megkapjon és ezek alapján tájékozott döntést hozzon a szülés modelljével, a beavatkozásokkal, a hellyel kapcsolatban – ezt garantálják az egészségügyi törvénynek a tájékoztatáshoz való és az önrendelkezési jogra vonatkozó rendelkezései. E döntéseknek az alkotmányosan és szakmailag egyetlen elfogadható korlátját a magzat és az anya életének és testi épségének biztonságát garantáló feltételeknek való megfelelés jelentheti. Valamennyi várandós számára elérhetővé kell tenni azokat az információkat, adatokat, amelyek a két modell különbségeiről, előnyeiről és hátrányairól szólnak.

A várandós választásának írásbeli rögzítése szükséges, ennek az egészségügyi dokumentáció részét kell képeznie. A várandósnak a két modell közti választás függvényében kell a döntésről szóló nyilatkozatot megtennie, az adott szolgáltató (kórházi vagy nem kórházi) hozzájárulásával. A két modell közti választásról és a szülés helyszínéről szóló nyilatkozatot írásban és két példányban kell elkészíteni, az egyik a várandósnál, a másik az adott egészségügyi szolgáltatónál marad. A nyilatkozat tartalmára vonatkozóan elfogadhatóak a főosztályvezetői értekezlet által jóvá nem hagyott rendeletszöveg 2. mellékletében foglaltak: személyes adatok, az egészségügyi szolgáltató, a felelős személy, a helyettes felelős személy megnevezése, valamint nyilatkozatok az utóbbi személyek részéről a helyszín higiéniai megfelelőségéről, a személyi és tárgyi feltételek biztosításáról, a tájékoztatás megtörténtéről, a várandós részéről a választásról és a tájékoztatás megtörténtéről.

Az intézeten kívüli szülés választásáról szóló dokumentációnak a jelen koncepciót jegyző szervezetek részéről elfogadható eleme az ún. felelős és helyettes felelős személyek megnevezése.

d. A háttérintézményről

Az egyeztetések során valamennyi szereplő egyetértett abban, hogy a sürgősségi betegellátás készenlétben tartása nem szükséges, szakmailag indokolatlan és aránytalan terhet róna a mentőszolgáltatokra, így az egészségbiztosításra.

Az egyeztetéseken résztvevők számára elfogadható volt az a rendeletszövegben szereplő megfogalmazás, amely szerint intézeten kívüli szülésre olyan helyszínen kerülhet sor, ahonnan a szülő nőt és a gyermeket 20 percen belül a háttérintézménybe, vagyis a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, szülészeti ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézetbe lehet szállítani. E megfogalmazás előnye, hogy nem kizárólagosan a mentőszolgálat igénybevételével való szállítást teszi lehetővé.

A megfelelő kompetenciával bíró szülést kísérő szakember által felismert sürgősségi helyzetben haladéktalanul értesíteni kell a mentőszolgálatot és a háttérintézményt is. A magzat és a szülő nő érdekeit az szolgálja leginkább és az egészségügyi rendszer ismert működéséből is az következik, ha a szülést kísérő, képesítéssel és gyakorlattal bíró szakemberek kompetenciáit a többi egészségügyi szakmához hasonlóan elismerik. Az együttműködés további feltételéről a 4. a. pontban szólnak.

e. A helyszínnel szembeni elvárásokról

Elfogadhatóak a legutóbbi egyeztetésen megismert rendeletszövegben szereplő azon higiénés feltételek, amelyeket a szülés helyszínével szemben támasztani kívánt a jogalkotó. E feltételek a következők: a vajúadás, illetve a szülés idejére a szülő nő számára elkülönített, szükség szerint fűthető helyiség; öblítéssel WC; kád vagy zuhanyfülke folyó hideg-meleg vízzel.

Az előző és ebben a pontban részletezett feltételek álláspontunk szerint megfelelően biztosítják az intézeten kívüli szülés során az anya és a magzat biztonságát – erről részletesebben szólnak a 3. pont *Helyszín* c. pontjában.

f. A felelős személyekről és képzésükről

Az egyeztetések során sikerült megegyezést elérni abban, hogy az intézeten kívüli szülést kísérő szakemberek egészségügyi tevékenységet végeznek, s így egészségügyi szolgáltatóknak számítanak. Ilyen szolgáltatást természetesen csak érvényes működési engedéllyel és felelősségbiztosítással rendelkező személy nyújthat. Ennek érdekében szükséges az önálló szakmakód megalkotása – ez elengedhetetlen követelmény ahhoz is, hogy e szakemberek kompetenciái más egészségügyi szakmákéhoz hasonló módon elismerésre kerüljenek.

Az intézeten kívüli szülés ugyanolyan egészségügyi szolgáltatásnak kell minősülni, mint bármelyik másik egészségügyi ellátás, így a felelősségre vonatkozóan sem szükséges külön szabályokat megállapítani. Az intézeten kívül tervezetten megindult, de kórházban befejeződő szülések esetében sem szükséges előre rögzíteni a felelősség szabályait – azokat minden esetben az érintett szakmák képviselőiből álló szakmai testületnek szükséges megvizsgálnia. A felelősség témakörében arra kell külön kitérni, hogy az intézeten kívüli szülést kísérő

szakember semmilyen körülmények között nem hagyhatja magára a vajúdo vagy szulo not.

Az intezeten kivuli szuleskiseres egy onallo szakma, amely gyakorlasahoz szukseges kepességeket es tudast el kell sajatitani. Megegyezés szuletett abban, hogy e kepességeket tanfolyamon kell elsajatitani, amelyet kovetoen meghatározott mennyiségű gyakorlatot is igazolni kell az onallo szuleskisereshez szukseges mukodesi engedely megszerzeséhez. E kiegészito képzésen a szulesz-nogyogyasz szakorvos (részletesen a 3. pont *Szulesz-nogyogyasz szakorvosok babai modell szerinti szuleskiserese*), a felsőfokú szulesznoi szakképesitést szerzett, illetve az alapképzési szakon végzettséget szerzett szulesznoek vehetnek részt. Tehat osszességében az egészségügyi képzettség, a szakirányú továbbképzés és a megfelelő gyakorlat igazolása biztosítaná a magzat és a szulo no életének és testi épségének védelmét. Álláspontunk szerint indokolatlan 2 évnél hosszabb szakmai gyakorlatot előírni a sikeres vizsga letételét kovetoen.

Azonban az első vizsgák sikeres letételéig is biztosítani kell az intezeten kivuli szulest választani kívánó nők számára a döntés lehetőségét. Ennek álláspontunk szerint az volna a megfelelő módja, ha az átmeneti időben azok a szulesznoi vagy orvosi egészségügyi végzettséggel rendelkező szakemberek juthatnának mukodesi engedelyhez onallo szuleskiserésre, akik legalább 50 tervezett intezeten kivuli szules során igazoltan közremuködték. Az igazolás a szulo no teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy közokiratban történő nyilatkozata segítségével történhet. Ez a gyakorlat mennyiség megfelel a szuleszno képzésben elvárt gyakorlatnak.

g. Tárgyi feltételek

A minimális tárgyi feltételek köréről megegyezés szuletett – ezek meghatározására a 3. pont *Kontraindikációk és a kórházba szállítás esetei* pontjainál írottak érvényesek, ezt is az irányadó szakmai protokollban tartjuk meghatározandónak.

h. A dokumentálásról

Az intezeten kivuli szulest más egészségügyi ellátáshoz hasonlóan dokumentálni szükséges – ezekre is az egészségügyi dokumentációra vonatkozó szabályok érvényesek. A dokumentáció részei: a szulesi napló, az észlelési lap és az újszuloott lap. Ezek megfelelő tárolása és az adatbiztonság garantálása az érintett egészségügyi szolgáltató kötelessége.

A legutóbb megtárgyalt rendeleyszöveg legalább két személy jelenlétét követeli meg a tervezett intezeten kivuli szules során: a felelős személyen kívül jelen kell lennie még egy személynek. Ezen szöveg szerint a szules során jelen kell lennie felnőtt-, és újszuloott újjáélesztési tanfolyam elvégzését igazoló bizonyítvánnyal rendelkező személynek.

i. A szulest követő kötelező vizsgálatokról és figyelemmel kísérésről

Elengedhetetlenül fontos, hogy a szükséges vizsgálatok a szulo no és az újszuloott lehető legnagyobb kíméletével történjenek. A felelős személy az, aki a szükséges vizsgálatokat elvégzi; kötelessége a méhlepény távozását követő két órán keresztül az anya és az újszuloott felügyelete, illetve a szulest követő naptól számított 4 napig állapotuk napi rendszerességű ellenőrzése. A 2010. áprilisi szöveg 6 órát írt elő, amelyen keresztül a felelős személynek felügyelnie kell az édesanya és az újszuloott állapotát. Ezt azonban nem tartjuk indokoltnak.

Az Rh-negatív nő esetén az is a felelős személy kötelessége, hogy a laboratóriumi vizsgálatokhoz a mintákat levegye, ezek szállításáról, valamint az eredmény birtokában az szükséges ellátásról gondoskodjon (az előírt 72 órán belül). Ugyancsak a felelős személy kötelessége arról gondoskodni, hogy az Rh-negatív nő számára a szülés megindulása előtt felírásra és beszerzésre kerüljön az anti-D ellenanyag.

E feltételek és kötelességek biztosítják, hogy a frissen szült nőt és az újszülöttet ne kelljen pusztán a vizsgálatok elvégzése miatt kórházba szállítani – hanem csak a levett minták elemzése történjen az intézmény laboratóriumában.

A BCG oltást a jelenleg hatályos szabályok szerint 6 hetes korig kell beadni a gyermeknek – tehát ennek beadása, amely a házi gyermekorvos kötelessége, biztosítható az anya és az újszülött első hetekben történő kímélete mellett is.

3. Nyitva maradt kérdések

a. Helyszín

A 2. pontban leírtak alapján világos, hogy az egyeztetések során megegyezés született a tekintetben, hogy a szülés helyszínének milyen higiéniai és megközelíthetőségi kritériumoknak kell megfelelnie. Ezentúl azonban vita bontakozott ki arról, hogy az intézeten kívüli szülés helyszínét indokolt-e úgy korlátozni, hogy az az anya „életvitelszerű” tartózkodási helye legyen. Álláspontunk szerint ilyen korlátozás nem indokolt és nem felel meg az egyenlő bánásmód kritériumának. A várandós nők jelentős hányadánál ez a korlátozás eleve kizárná a választás lehetőségét, ha nincs a lakóhelyük közelében kórház.

b. Várandósgondozás

A bábai modell komplex elismerése, és a szülészeti ellátás során a valódi választás biztosítása során álláspontunk szerint szükséges a várandósgondozásról szóló rendelet olyan módosítása, mely lehetővé teszi az intézeten kívüli szülés szakembereinek, a bábáknak azt, hogy – szakmájuk szabályainak, valamint a már korábban hivatkozott 2005/36/EK irányelvnek megfelelően – a várandósság felismerésétől kezdve közreműködhessenek a várandós szülésre való felkészítésében. Annak biztosítása, hogy a várandósgondozást, szüléskísérést, gyermekágyi- és újszülöttellátást, valamint a szülést követő nőgyógyászati ellenőrző vizsgálatokat ugyanaz a szolgáltató végezhesse, az ellátás megbízhatósága, folyamatossága érdekében célszerű. Megjegyzendő, hogy az EU-s direktíva a szülésznő tevékenységi körébe utalja a családtervezéstől kezdődően egészen a gyermekágyas anya ellátásáig valamennyi, a várandóssággal, szüléssel, újszülött ellátással kapcsolatos feladatot.

Ennek érdekében szükséges a terhesgondozásról szóló 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet olyan módosítása, amely a gondozást végző személyek közé emeli az önálló szakmakóddal rendelkező bábákat. Valamint szükséges a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény és az ennek végrehajtásáról szóló 223/1998. (XII.30.) Korm. rendelet módosítása, hogy a bábák által végzett várandósgondozási alkalom is feljogosítson a pénzbeli támogatásra, illetve hogy a pénzbeli támogatás megítélésének feltétele ne kizárólag orvosi bélyegzővel ellátott igazolás legyen abban az esetben, ha a szülést független bába kísérte.

Annak érdekében, hogy a várandós az ajánlott vizsgálatok köréből, a teljes körű tájékoztatást követően kiválaszthassa azokat a vizsgálatokat, amelyek

elvégzéséhez hozzájárul, az egészségügyi törvény 86. § (2) bekezdésnek a következő módosítását javasoljuk: „A család- és nővédelmi gondozás keretében végzett terhesgondozás során figyelemmel kell kísérni a gyermeket váró nő egészségi állapotát, családi, szociális és munkahelyi körülményeit, továbbá fel kell ajánlani az anya és a magzat egészségi állapotát figyelemmel kísérő, külön szakmai ajánlásban meghatározott vizsgálatokat. A vizsgálatokról, azok egyéni kockázatairól és az eredmények értelmezéséről a gyermeket váró nőt a 13. § szabályai szerint, teljes körűen tájékoztatni kell. A vizsgálatok elvégzéséről a várandós a tájékoztatás ismeretében dönt, döntését aláírásával együtt írásba kell foglalni.

c. Szülész-nőgyógyász szakorvosok bábai modell szerinti szüléskísérése

Az egyeztetések során végig vitatott maradt, hogy a kizárólag kórházi tapasztalattal rendelkező szülész-nőgyógyász szakorvosoknak szakirányú képesítést és gyakorlatot kell-e szerezniük az intézeten kívüli szüléskíséréshez szükséges működési engedély kiállításához. Álláspontunk szerint a két modell eltérései miatt alapjaiban más szemléletet és tudást igényel az intézeten kívüli szüléskísérés, amely nem szerezhető meg intézeten belüli, az orvosi modellre épülő környezetben. A két szemléletmód különbsége miatt kifejezetten veszélyesnek tartjuk, ha kórházi modellben szocializálódott szakemberek az általuk megszokott eszközök és felszerelés hiányában próbálják meg tevékenységüket változatlan módon gyakorolni más helyszínen. Ezért javasoljuk, hogy a szülész-nőgyógyász szakorvosok is csak a megfelelő vizsga sikeres letételével és az irányadó szakmai gyakorlat igazolásával kaphassanak önálló szüléskísérésre működési engedélyt.

d. Kontraindikációk és a kórházba szállítás esetei

A kontraindikációk és azon esetek meghatározása, amelyek esetén a tervezett intézeten kívüli szülést kórházban kell folytatni, álláspontunk szerint nem rendeleti szinten szabályozandó. Ahogyan más egészségügyi ellátások részletes szakmai szabályainak, úgy e feltételek és körülmények, a szüléskísérés eljárása meghatározásának is szakmai protokoll keretében kell történnie. A tudomány és a szakma természeténél fogva ugyanis a legkorszerűbb eljárások, ajánlások folyamatosan változnak. Emellett az egyes szolgáltatók kompetenciái és infrastrukturális adottságai eltérőek lehetnek, ez pedig azt indokolja, hogy az egyes szülészeti szolgálatok saját – nyilvános – protokolljuk szerint dolgozhassanak, a bábák/szakorvosok egyéni kompetenciái szerint meghatározva a kritériumokat. A kórházi szülészeten is biztosítani kell a különböző szakmai protokollok egymás melletti létezését, egy szülészeti osztályon belül is. Különösen fontos ez annak ismeretében, hogy sok vidéki régióban csak egy szülészeti osztállyal rendelkező kórház van. A szakmai protokollok kidolgozásában és felülvizsgálatában minden érintett szakmának szerepet kell kapnia, különös tekintettel a bábai modell szerinti szüléskísérésben hazai tapasztalatot felhalmozott és a vonatkozó külföldi példákat ismerő szakemberekre.

A fentiekben megfogalmazottakkal a 2008 decemberétől kezdődően működő 2. számú Szülés szakmai szabályainak kidolgozása terhesgondozástól a gyermekágyi-gondozásig elnevezésű munkacsoport is egybehangzó, konszenzusos álláspontot képviselt. Azonban annak érdekében, hogy megegyezés szülessen és addig, amíg feláll a bábákat tömörítő szakmai szervezet, elfogadhatónak tartjuk,

hogy a rendeletek meghatározzák az alapvető és abszolút kontraindikációkat, illetve a kórházba szállítást indokoló körülményeket. Azonban ennek feltételének azt tartjuk, hogy a jogszabály rendelkezzen arról, hogy a hatályba lépését követő 2 éven belül felül kell vizsgálni a szövegét. Javasoljuk, hogy tartalmazzon olyan rendelkezést is a jogszabály, miszerint 2 éven belül megvalósul az intézeten kívüli szüléskísérés szakembereinek a szakmai kollégiumban való részvétele. A határidők mellé javasoljuk, hogy felelőst is rendeljen a megalkotandó jogszabály. Így látjuk biztosítottnak azt középtávon, hogy a szigorúan szakmai és ezért a tudomány változásával módosuló kérdések és az azokra adott válaszokat ne jogszabályok, hanem szakmai protokollok tartalmazzák.

A kontraindikációk ilyen meghatározása során is az egyenlő bánásmód követelményének érvényesítése érdekében fontos az egyes esetek pontos leírása és az, hogy azok tágan értelmezése ne eredményezhesse azt, hogy azonos helyzetű nők közül van, akinél kizárt a választás lehetősége.

e. Finanszírozás

Az egyeztetések során többször kifejeztük egyet nem értésünket azzal, hogy az intézeten kívüli szülést a társadalombiztosítás eljárásaitól megkülönböztetné a kormányzat. Az állami finanszírozás kérdését szükségesnek tartjuk a többi kérdéssel együtt szabályozni, hiszen csak így teremt valódi választási lehetőséget a szabályozás és így biztosítja az önrendelkezési jog teljeskörű érvényesülését. Ha a tervezett intézeten kívüli szülést nem támogatja a kórházbeli szüléshez hasonlóan az egészségbiztosítás, akkor az intézeten kívüli szülés valójában nem válik alternatívává, hanem csak mintegy megtúrt jelenségként funkcionál majd.

Szükséges a kötelező egészségbiztosítás eljárásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény módosítása, amely jelenleg a szülészeti ellátást kizárólag a fekvőbeteg-intézeti ellátás keretei között biztosítja.

f. Bábai Szakmai Kollégium

Álláspontunk szerint szükséges a bábai modellnek a kórházi szülés modelltől és a kórházi szülésznői feladatokról való lényeges eltérései miatt külön szakmai kollégium vagy más államilag felállított szakmai testület létrehozása, a társintézményekkel hasonló feladatkörrel.

4. Javaslatok:

a. Protokollok

Elengedhetetlenül fontos az intézeten kívüli szülések biztonsága és a szakemberek zavartalan munkája érdekében a bábai modell szerinti szüléskísérés, valamint a mentőszolgálat, a háttérintézmény és a szülést kísérő szakemberek közötti együttműködés szakmai szabályainak kidolgozása. Ezt az elképzelést egyöntetűen támogatta a 2. munkacsoport is az Otthon-szülés: „A szülés szakmai szabályainak kidolgozása a terhesgondozástól a gyermekágyi gondozásig”, 2-es munkacsoport anyaga c. dokumentumában is.

b. Felülvizsgálat

A tervezett jogszabályok a hatályba lépést követő két év utáni felülvizsgálatát tartjuk indokoltnak. E felülvizsgálat határidejét és felelősét az elfogadott jogszabályban kívánatos rögzíteni. A felülvizsgálat szükségességét indokolja a

szabályozás újszerűsége, így elengedhetetlen a gyakorlati megvalósulás tanulságainak levonása és a szabályozás esetleges módosítása.

c. Átláthatóság

A bizonyítékokon alapuló szemlélet és a nők tájékozott döntésének előmozdítása érdekében a szülésekre vonatkozó adatok mindenféle választott szaksegítség és helyszín esetében legyenek hozzáférhetőek: vagyis a szülés körüli ellátást szolgáltatóknak nyilván kelljen tartani és nyilvánosságra kelljen hozni a vajúadás és szülés során alkalmazott eljárásokra vonatkozó adataikat (a jelenleginél részletesebben kitérve többek között, de nem kizárólagosan a szülésindítások módjára, gyakoriságára és indikációjára, a gátmetszések és császármetszések gyakoriságára és indikációjára, a császármetszés utáni hüvelyi szülés gyakoriságára, a gyermeki és anyai mortalitási és morbiditási adatokra). Fontosnak tartjuk és javasoljuk, hogy e statisztikai adatok közérthető formában, szolgáltatónkénti lebontásban álljanak a nyilvánosság rendelkezésére.

d. Ambuláns szülés

Lehetővé kell tenni, hogy a tervezetten kórházi szülést választó nő és gyermeke, amennyiben egészségi állapotuk nem teszi szükségessé kórházi tartózkodásukat, úgy a lehető legrövidebb időn belül – lehetőség szerint a szülést követő 4 órán belül – elhagyhassák az intézményt. E lehetőségnek a feltételeit a finanszírozás területén is rendezni kell: ne kelljen az édesanyának és az újszülöttnak pusztán azért a kórházban maradni több napig, mert különben az egészségügyi szolgáltató nem jut hozzá az őt megillető finanszírozáshoz.

e. Kórházi szülésre vonatkozó javaslatok

Javasoljuk, hogy az egészségügyi törvény 11. § (5) bekezdése a következők szerint módosuljon: A szülő nőnek joga van arra, hogy legalább két, de lehetőség szerint minden általa megjelölt személy a vajúadás és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen, a szülést követően pedig arra, hogy kórházi tartózkodásának teljes időtartama alatt újszülöttjével egy helyiségben helyezték el, és kiskorú személy is látogathassa mindkettőjüket. Ezeket a lehetőségeket csak a minimálisan szükséges mértékben szabad korlátozni, amennyiben akadályozzák a kórházi ellátást.

Lehetőséget kell biztosítani arra, hogy a szülő nő kérésére lehetőleg minden általa választott személy jelen lehessen a vajúadás és a szülés teljes időtartama alatt. Csak indokolt esetben szabad korlátozni a jelenlévők számát, különös tekintettel arra, hogy a szülés biztonságos lefolyását elősegíti, ha a szülő nő mindazokkal a személyekkel együtt lehet, akiknek a jelenlétére igényt tart. A módosítás garantálja, hogy az anya a korábbi egy személy helyett legalább két kísérő személyt választhasson, abból a gyakorlatból kiindulva, hogy sok nő igényli a hozzátartozó (a gyermek apja vagy más családtag, barát) mellett egy dúla (laikus asszonytársi segítő) jelenlétét is.

f. Ellátási kötelezettség

Azt is szükséges jogszabályban meghatározni, hogy mi a teendő, amikor a szülő nő úgy dönt, hogy semmiképpen sem hajlandó intézményben szülni. A szülő nőre vonatkozó felelősségi kérdések ilyen esetben megfontolás tárgyát képezhetik, ugyanakkor a szülés során alapvető fontosságú, hogy a bábák ilyen esetekben is tudjanak szabályszerűen segítséget nyújtani. Legyen arra nézve garancia, hogy ha a

kórházon kívüli szülés során a független szülészeti szolgálat, a baba kórházi ellátást javasol, de a szülő nő ebbe nem egyezik bele, a család akkor se maradjon szaksegítség nélkül. A helyzet egy lehetséges megoldására példa az a 2006-os [angol bábai körlevél](#), amely kötelezi a bábát arra, hogy a szülő nő mellett maradjon és – szükség esetén konzultáció igénybevételével – folytassa az ellátását ebben az esetben is. Ugyanez a dokumentum leszögezi, hogy a várandósság során a nő bármikor szabadon megválaszthatja a szülés helyszínét – miközben a baba feladata, hogy folyamatosan és személyre szabottan tájékoztassa a kockázati tényezőkről. Ennek részletes szabályait szintén a szakmai protokollokban szükséges rendezni.

g. Anyakönyvezés

Az elmúlt évek módosításai nyomán egyszerűsödött az intézeten kívül született gyermekek anyakönyvezése. Indokolt volna, hogy az önálló szüléskísérésre jogosult szakemberek a szülész-nőgyógyász szakorvosokkal azonos dokumentumok kiadására legyenek jogosultak.

2010. december 2.

Alternatal Alapítvány

Orvosok a Szabad és Biztonságos Szülésért

Születésház Egyesület

Szülők a Szabad Szülésért

Társaság a Szabadságjogokért

Referenciák

1. De Reu PA, Nijhuis JG, Oosterbaan HP, Eskes TK. Perinatal audit on avoidable mortality in a Dutch rural region: a retrospective study. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2000;55(5):28173.
2. Anderson RE, Murphy PA. Outcomes of 11,788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study. *J Nurse-Midwifery* 1995;40(6):483792.
3. Garite TJ, Snell BJ, Walker DL, Darrow VC. Development and experience of a university based, freestanding birthing center. *Obstet Gynecol* 1995;86(3):41176.
4. Olsen O. Metaanalysis of the safety of home birth. *Birth* 1997;24(1):4713.
5. Ackermann7Liebrich U, Voegeli T, Gunter7Witt K, et al. Home versus hospital deliveries: Follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Zurich Study Team. *BMJ* 1996;313(7068):131378.
6. Davies J, Hey E, Reid W, Young G. Prospective regional study of planned home births. Home Birth Study Steering Group. *BMJ* 1996;313(7068):130276.
7. Durand AM. The safety of home birth: The farm study. *American Journal of Public Health* 1992;82(3):45073.

8. Gulbransen G, Hilton J, McKay L, Cox A. Home birth in New Zealand 1973'93: Incidence and mortality. *The New Zealand Medical Journal* 1997;110(1040):8779.
9. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal* 2002;166(3):315723.
10. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: Large prospective study in North America. *BMJ* 2005;330(7505):1416.
11. Wieggers TA, Keirse MJ, van der Zee J, Bergh GAH. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: Prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ* 1996;313(7068):1309713.
12. Woodcock HC, Read AW, Bower C, et al. A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981'1987. *Midwifery* 1994;10(3):125735.
13. Moore DJ. A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981' 1987. *Midwifery* 1994; 10(3):125735.
14. Janssen PA, Saxell L, Page LA, et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal* 2009;181(677):377783.
15. De Jonge A, Van Der Goes BY, Ravelli ACJ, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low7risk planned home and hospital births. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynecology* 2009;116(9):1177784.
16. Young G, Hey E. Home birth in Britain can be safe. *BMJ* 2000;320:798.
17. WHO dokumentum: Care in normal birth: a practical quide, 1996. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
18. WHO európai és amerikai regionális irodáinak 1985-ben tartott ülésén elfogadott ajánlás; Születéskalauz 2., Mérce egyesület, 2001. vagy http://www.grilla.hu/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=70